

SIT Graduate Institute/SIT Study Abroad SIT Digital Collections

Independent Study Project (ISP) Collection

SIT Study Abroad

Spring 2012

Conocimientos y conductas sexuales en trabajadores migrantes (Arica, Chile)

Anna Conley
SIT Study Abroad

Follow this and additional works at: https://digitalcollections.sit.edu/isp_collection



Part of the [Community-Based Research Commons](#), [Community Health and Preventive Medicine Commons](#), [Family, Life Course, and Society Commons](#), [Health Services Research Commons](#), [Inequality and Stratification Commons](#), and the [International Public Health Commons](#)

Recommended Citation

Conley, Anna, "Conocimientos y conductas sexuales en trabajadores migrantes (Arica, Chile)" (2012). *Independent Study Project (ISP) Collection*. 1756.
https://digitalcollections.sit.edu/isp_collection/1756

This Unpublished Paper is brought to you for free and open access by the SIT Study Abroad at SIT Digital Collections. It has been accepted for inclusion in Independent Study Project (ISP) Collection by an authorized administrator of SIT Digital Collections. For more information, please contact digitalcollections@sit.edu.

Conocimientos y conductas sexuales en trabajadores migrantes (Arica, Chile)
Por Anna Conley

SIT Chile: Salud Pública, Medicina Tradicional y Empoderamiento Comunitario
Junio de 2012

Consejera: Sra. Roxana Gálvez, Matrona encargada de la unidad de atención y control en salud sexual
Directora Académica: Sra. Rossana Testa, Lic, MGP, MBA, PhD.

Resumen

Background: The HIV/AIDS epidemic continues to be prevalent and to expand in Chile, as in many other regions of Latin America and around the world. Furthermore, it continues to concentrate in distinct, vulnerable populations. Migrant workers represent one such vulnerable population. The HIV/AIDS epidemic disproportionately impacts migrant workers because of the social, economic, and psychological factors that are involved in both migratory behaviors and disease construction.

Aim: This study identified sexual health knowledge and sexual health behavior in the migrant laborer population of Arica, Chile. More specifically, it identified risk factors for HIV/AIDS and explored possible strategies for a preventative disease intervention.

Material and Methods: The study type was quantitative-qualitative and the study design was non-experimental, transversal, and exploratory. Over the period of four weeks, twenty-seven migrant workers were recruited to answer a series of questions about migration patterns, sexual health, and HIV/AIDS. All information was gathered through the use of a questionnaire, administered orally, and organized in aggregate form through the use of tables and graphs.

Results: The study revealed a migrant worker population comprised of mainly women (74.1%) and young adults (85.2% younger than forty-five years). All workers that did not reside in other regions of Chile were from either Peru (44.4%) or Bolivia (48.1%). The majority of participants frequently worked away from home, with 67% working away from home for more than two weeks every month. All but one traveled by bus. Questionnaire responses revealed a disconnect between participant knowledge and participant behavior. Of the eighteen participants who confirmed it was likely they would use a condom during sex, eleven (61.1%) also confirmed that they had had unprotected sex in the past year. Similarly, of the nineteen participants who responded that HIV testing was “very important” and/or “should be obligatory,” nine (47.4%) had never been tested. In total, sixteen participants (59.3%) had never received an HIV test. The majority of participants expressed an interest in receiving additional health education, with 88.9% interested in receiving sexual health information and 92.6% interested in receiving HIV/AIDS information.

Conclusions: Migrant workers in Arica, Chile are at particularly high-risk for contracting HIV/AIDS because they spend long periods away from home, they engage in high-risk sexual behaviors (relations with more than one partner and relations without the use of protection), and they show low rates of HIV testing. A preventative intervention targeting the migrant worker population in Arica would be both valuable and well received. A preventative intervention targeting the migrant worker population in Arica should: (1) Be located at the international bus terminal; (2) Be carried out by community members; (3) Offer sexual education and identify available resources; (4) Encourage fidelity; (5) Offer on-site HIV testing; (6) Teach parents how to knowledgeably discuss sexual health with children; (7) Distribute free condoms.

Key Words: HIV/AIDS, Sexual Health, Migrant Workers, Prevention

Agradecimientos

Me gustaría dar las gracias a las siguientes personas, sin la ayuda de quienes esta investigación no hubiera sido posible:

- A mi consejera, *Sra. Roxana Gálvez*, por su tiempo donado y su conocimiento invaluable.
- Al equipo de SIT, *Sra. Rossana Testa*, *Sra. Patricia Huber*, *Sr. Leonardo González* y *Sra. Aída González*, por su apoyo constante y su entusiasmo continuo.
- Al equipo de salud de la Posta San Miguel de Azapa y *Sra. Claudia Quiroga* por su hospitalidad.
- A todos los participantes por su voluntad y su honestidad.
- A mi familia chilena, *Sr. Claudio Delgado*, *Sra. Nancy Rietta*, y *Srta. Paloma Delgado*, por sus brazos abiertos, su paciencia interminable y sus consejos inestimables.

Índice

Introducción	5
Objetivos	7
Marco Teórico	8
Figura 1: Tasas acumuladas de VIH y SIDA según región (Chile, 1984-2009)	9
Figura 2: Casos de SIDA según año de diagnóstico (Perú, 1983-2004)	9
Figura 3: Notificaciones VIH y SIDA (Bolivia, 1984-2003)	10
Metodología	12
Resultados	13
Figura 4: Distribución por edad	13
Figura 5: Distribución por educación realizada	13
Figura 6: Días trabajados por mes	13
Figura 7: Fuentes de educación sexual	14
Figura 8: Actitudes hacia la prueba del VIH-SIDA	15
Figura 9: Participación anterior en la Prueba	15
Discusión	16
Limitaciones	19
Conclusión	20
Recomendaciones	21
Bibliografía	22
Apéndice	23
Apéndice A1: Consentimiento Informado y Cuestionario	23
Apéndice A2: Resultados Agregados	27

Introducción

El Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), el agente que causa la enfermedad del sistema inmunológico, el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), está presente en todos lados del mundo. Y en algunas regiones, como en Suramérica, se continúa propagando.

La prevalencia y la dispersión de la enfermedad implican más que la estructura biológica del virus. También implican componentes sociales, económicos, psicológicos e históricos (Campbell, 1997). Estos determinantes no biológicos varían dentro de distintas poblaciones y por eso, causan algunas personas a ser más vulnerables a contraer la enfermedad que otras. Es decir, algunas personas son predisuestas a la enfermedad. Los trabajadores migrantes representan una de las poblaciones vulnerables a contraer el VIH-SIDA debido a los determinantes no biológicos -- el aislamiento o el estrés, por ejemplo -- que generalmente se producen a causa del traslado frecuente. (Parker et al., 2000)

La decimoquinta región de Chile de Arica y Parinacota tiene las tasas más altas de VIH-SIDA en todo el país. (Testa, 2012) Además, debido a su proximidad a la frontera norte con Perú y Bolivia, tiene un gran porcentaje de migrantes limítrofes. (González, 1997) Este estudio identifica los conocimientos y las conductas sexuales en los trabajadores migrantes de Arica, Chile para determinar algunos factores del riesgo para el VIH-SIDA. Identifica demográficos, percepciones y comportamientos, particularmente como relacionan al sexo protegido y la prevención activa, para discernir ciertos componentes básicos para la formulación de una intervención de salud preventiva.

Aunque estudios pasados y literatura existente han discutido acerca del VIH-SIDA en los trabajadores migrantes y el VIH-SIDA en Chile, existe poca información sobre el VIH-SIDA en los trabajadores migrantes de Arica. Por eso, esta investigación es tan básica como amplia. Intenta definir la situación actual e inspirar investigaciones o políticas futuras a través de la administración de un cuestionario.

Los resultados de esta investigación revelan un demográfico compuesto mayormente por peruanos y bolivianos, mujeres y jóvenes. Muestran la significancia de los buses como medio de transporte y exhiben que la mayoría de los trabajadores migrantes están informados sobre la salud sexual o están abiertos a recibir la educación. Sin embargo, exhiben también una falta de correlación entre conocimientos y conductas.

Para retardar o detener la propagación del VIH-SIDA en los trabajadores migrantes de Arica, una intervención preventiva debe tener los siguientes componentes: (1) Debe estar situada en los terminales internacionales de buses; (2) Debe ser dirigida por miembros de las comunidades respectivas de residencia, particularmente los que son en sí mismos trabajadores migrantes; (3) Debe ofrecer la educación sexual e indicar los recursos disponibles; (4) Debe fomentar la fidelidad; (5) Debe ofrecer la

prueba del VIH-SIDA en sitio; (6) Debe enseñar a los padres como discutir y compartir la educación sexual con los hijos y (7) Debe distribuir los condones gratuitamente.

Objetivos

Objetivo general:

1. Conceptualizar una intervención preventiva y primaria contra la propagación del VIH-SIDA en la población de los trabajadores migrantes y sus compañeros sexuales en la ciudad de Arica, Chile.

Objetivos Específicos:

1. Identificar, en el contexto de la salud sexual, los hábitos y las percepciones de los trabajadores migrantes en Arica para asegurar la provisión de la educación apropiada y el cuidado necesario.
2. Establecer una relación entre las redes de los trabajadores migrantes y la prevalencia del VIH-SIDA en Arica para formular una estrategia y/o un método de protección para los trabajadores (y sus parejas) con el mayor riesgo.

Marco Teórico

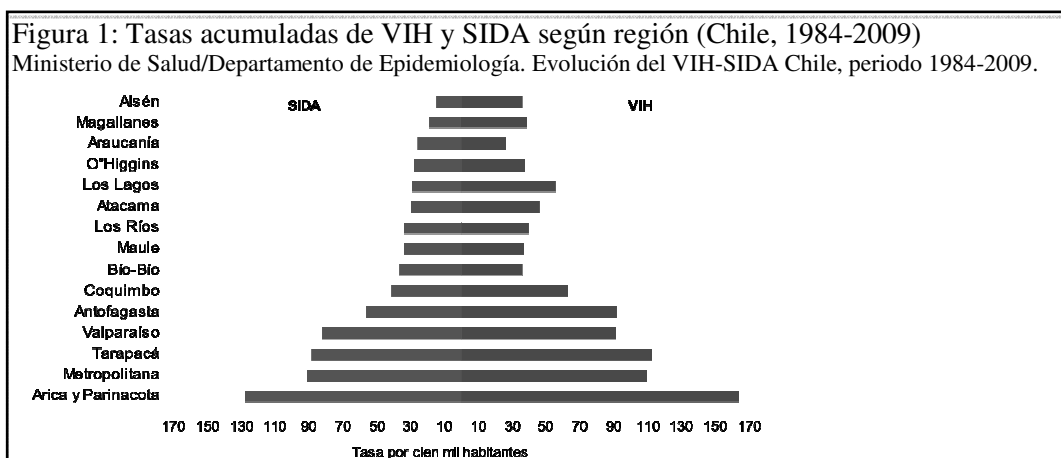
VIH-SIDA: El Virus de Inmunodeficiencia Humana es el agente infeccioso que causa el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (CDC, 2012).

El VIH es un virus ácido ribonucleico, o un retrovirus, que ataca a las células principales del sistema inmunológico humano, los linfocitos T de la subpoblación CD4. Por eso, se caracteriza principalmente por comprometer el sistema inmunológico. Existen dos tipos del VIH: VIH-1 y VIH-2. Sin embargo, en Chile, y en la mayoría de los otros países del mundo, se encuentra mayormente el VIH-1 (Gobierno de Chile, Ministerio de Salud, *Vigilancia Epidemiológica de VIH/SIDA*, 2010). La progresión del VIH varía según cada paciente en forma distinta, pero siempre consiste en cuatro etapas: la infección primaria aguda, el período de ventana, la latencia clínica y el SIDA. Además, es un virus que generalmente se materializa o madura lentamente, es decir es de progresión lenta. Los individuos se transmiten el VIH por la mezcla de fluidos corporales infectados. Estos fluidos corporales pueden ser la sangre, el semen, las secreciones vaginales y la leche materna. La vía sexual -- vaginal, anal y con poca frecuencia, oral -- constituye el mecanismo de transmisión predominante en Chile, y también a nivel mundial (Gobierno de Chile, Ministerio de Salud, *Vig. Epi. VIH/SIDA*, 2010).

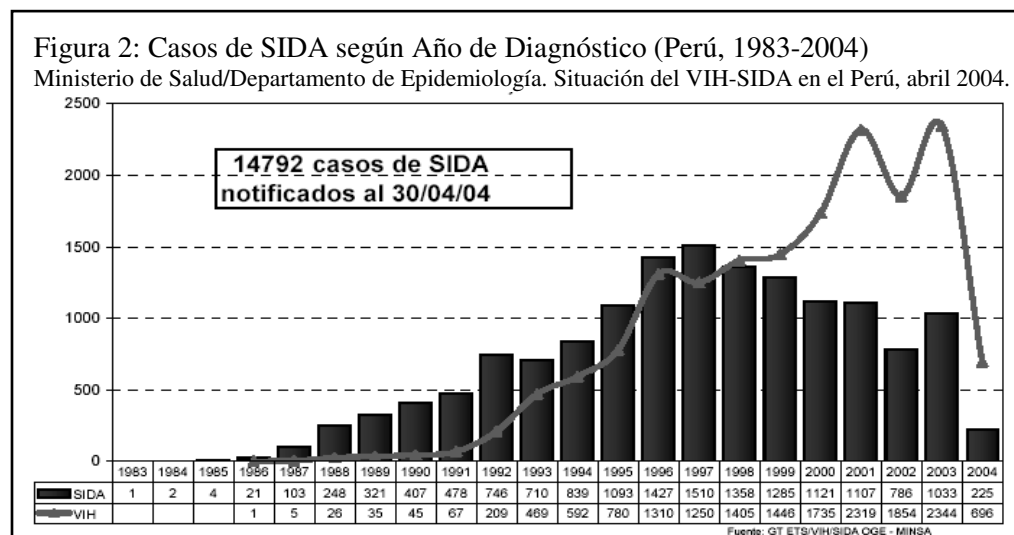
El SIDA corresponde a la etapa avanzada de la infección producida por el VIH (Gobierno de Chile, Ministerio de Salud: Comisión Nacional del SIDA, 1995). Es definido, clínicamente, como el estado en que el número total de las células T caen debajo de doscientos. Sin la intervención terapéutica, el SIDA se caracteriza por la presencia de infecciones oportunistas y neoplasias, y últimamente, por el fallecimiento (Gobierno de Chile, Ministerio de Salud, *Vig. Epi. VIH/SIDA*, 2010). Hoy en día, el VIH-SIDA no tiene cura.

El VIH deriva de un Virus Inmunodeficiencia Simio (VIS) encontrado en África. Lo cruzó la barrera de las especies desde los primates a los humanos (Barnett y Whiteside, 2002). El Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos (CDC) publicó el primer informe sobre el VIH-SIDA en 1981 en una publicación que describió “cinco casos de varones homosexuales previamente sanos” que murieron de una neumonía rara (Koop, 2011). De este punto, el VIH-SIDA se convirtió en una epidemia mundial. La epidemia surgió en Chile en 1984 con la detección de seis personas infectadas dentro de las regiones de Valparaíso, Bío Bío y Metropolitana (Gobierno de Chile, Ministerio de Salud, *Evolución de la Gestión Gubernamental*). Desde este surgimiento hasta el año 2009, el país registró 12.038 casos del VIH, 10.077 casos del SIDA y 6.494 fallecimientos por causa del VIH-SIDA (Gobierno de Chile, Ministerio de Salud, *Vig. Epi. VIH/SIDA*, 2010). Hoy en día, el VIH-SIDA en Chile todavía continúa a propagándose, con el mayor número de casos concentrados en las regiones de

Arica y Parinacota, Metropolitana, Tarapacá y Valparaíso (Gobierno de Chile, Ministerio de Salud, *Evo. de Ges. Gub.*). (Consulte la figura 1.)

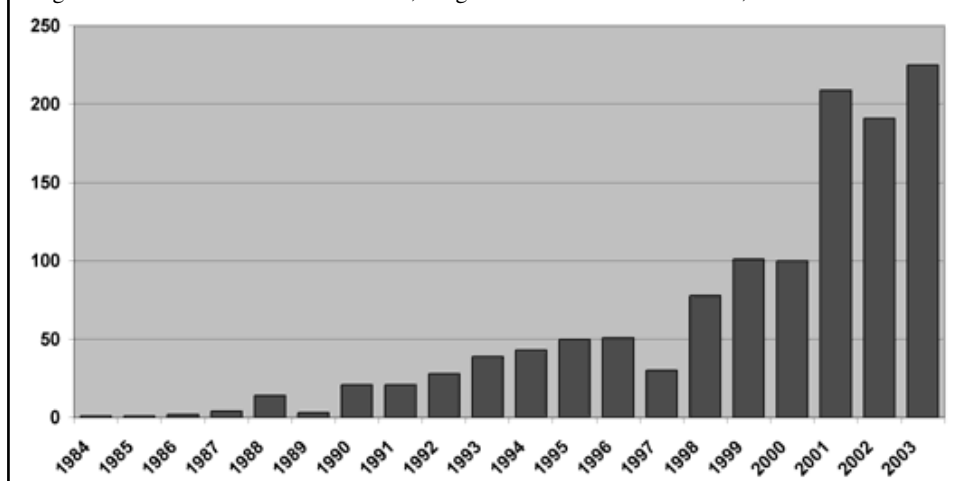


En Perú, el primer caso del VIH-SIDA fue reportado en 1983. Entre 1983 y 2004, Perú registró 14.792 casos de SIDA (en comparación al 10.077 casos registrados en Chile entre los años 1984 y 2009). (Consulte la figura 2.) La gran mayoría de los casos registrados en Perú se concentran en la zona de la ciudad de Lima (aproximadamente 67%) y en los hombres (aproximadamente 80%) (ONU, 2012).



Como Chile, el primer caso del VIH-SIDA en Bolivia apareció en 1984. En el contexto del nivel mundial, Bolivia ha reportado pocos casos de la enfermedad: 4.343 entre 1984 y 2009. Sin embargo, las tasas siguen creciendo cada año y estimaciones sugieren altos casos pasados por alto. (Consulte la figura 3.) La gran mayoría de los casos registrados en Bolivia se concentran en Santa Cruz (aproximadamente 55%), seguido por La Paz y Cochabamba. También, se concentran en los hombres (aproximadamente 72%) (Organización Panamericana de la Salud, 2005).

Figura 3: Notificaciones VIH y SIDA (Bolivia, 1984-2003)
Organización Panamericana de la Salud, Programa Nacional de ITS/SIDA, 2005



Trabajadores Migrantes: Un trabajador migrante es una persona que se mueve o se desplaza de su lugar de residencia permanente a causa del trabajo. En este estudio, el término refiere a un chileno, a un peruano, o a un boliviano que viaja para trabajar en Arica, Chile. Incluye trabajadores agrícolas, trabajadores domésticos y trabajadores sexuales.

Estudios y tendencias anteriores indican que “la situación de la vida de los trabajadores migrantes en una serie de contextos los hace particularmente vulnerables al VIH-SIDA” (Campbell, 1997).

Trabajadores migrantes representan una población de alto riesgo de contraer el VIH-SIDA a causa de ciertas variables económicas, sociales y psicológicas que surgen con la migración. Por ejemplo, trabajadores migrantes pasan mucho tiempo, a veces meses o años, lejos de sus familias. Debido a esto, algunos trabajadores migrantes (y sus parejas) frecuentan los servicios del sexo y/o establecen hogares secundarios. Otros ofrecen los servicios sexuales para aliviar las cargas financieras. Es decir, los trabajadores migrantes en su conjunto, tienen más parejas sexuales que los trabajadores locales. Además, ya que los trabajadores migrantes pasan entre dos lugares o más, pueden transmitir el VIH-SIDA y otras enfermedades de áreas de mayor a menor incidencia (Parker, 2000).

Registros oficiales y precisos sobre los trabajadores migrantes en Chile no existen porque “la mayoría, por no decir el total, [...] trabaja con visa de turista, lo que los ubica de inmediato como ‘ilegales’” (González, 1997). Sin embargo, el conocimiento de las estadísticas sobre los extranjeros en Chile ofrece una idea de la distribución y la demográfica general de los trabajadores migrantes porque los extranjeros vienen en su mayoría como inmigrantes laborales.

Según los datos oficiales, en Chile viven 352.344 extranjeros (Pacheco, 2012). Los peruanos constituyen la nacionalidad de mayor importancia con 37,1% de la población extranjera, seguido por los

argentinos (17,2%) y los bolivianos (6,8%) (Pacheco, 2012). La composición de la población extranjera por género es desigual. Las mujeres constituyen más del 52% de la población extranjera y más del 60% en la población extranjera peruana (Gobierno de Chile, Ministerio de Salud, *Evo. de Ges. Gub.*). En cuanto a la distribución geográfica, el 36% de los extranjeros en Chile se concentra en la Región Metropolitana y el 27% se distribuye entre las regiones de Arica-Parinacota, Tarapacá y Antofagasta (Pacheco, 2012).

Metodología

Esta investigación es no experimental, transversal y exploratoria. Emplea métodos cualitativos y cuantitativos. Esta investigación fue realizada en Arica, Chile durante el mes de mayo del año 2012.

La población consiste en los trabajadores migrantes de Arica, Chile. Los criterios de inclusión requirieron que los participantes vivieran fuera de la ciudad, trabajaran dentro de la ciudad y tuvieran más de dieciocho años.

La muestra es no probabilística y consiste en veintisiete sujetos. Los participantes fueron reclutados cada día durante el período de una semana -- del 22 de mayo hasta el 28 de mayo 2012 -- entre las horas de 9:00 y 13:00, y 15:00 y 19:00. Fueron reclutados de cinco lugares con alta actividad extranjera: la Posta de Salud San Miguel de Azapa, el terminal internacional de buses, el hospital Dr. Juan Noé Crevani, el Asoagro y hogares ariqueños. Los sujetos fueron seleccionados al azar y la participación fue voluntaria.

La recolección de los datos fue realizada a través de la administración de un cuestionario. El cuestionario contuvo veinte preguntas categorizadas por tema. Las categorizaciones fueron preguntas de demográficos generales, preguntas de hábitos en el trabajo, preguntas de la salud sexual, preguntas del VIH-SIDA y otras preguntas de interés. (Consulte apéndice 1.) Los cuestionarios fueron administrados por vía oral a cada participante para eliminar obstáculos potenciales del analfabetismo. Las respuestas fueron escritas en papel al momento de su administración. Además, cada cuestionario fue precedido por un proceso de consentimiento informado escrito y verbal.

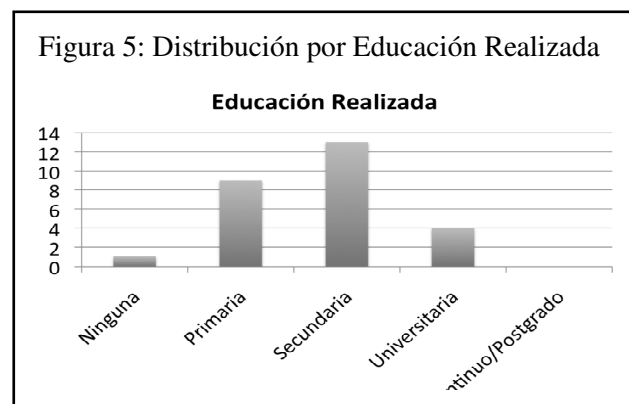
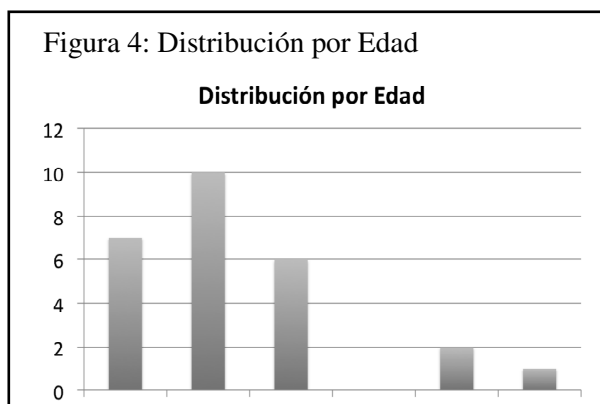
Las respuestas fueron agregadas y organizadas en forma de tabla y gráfico en un momento posterior. (Consulte apéndice 2.) Las preguntas fueron utilizadas para entender los conocimientos y las percepciones de los sujetos como en lo concerniente a la salud sexual y para identificar las pautas corrientes dentro de sus conductas.

Este estudio no aplica análisis estadístico.

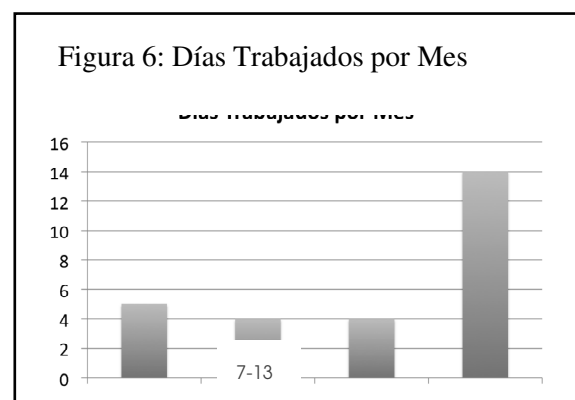
Resultados

(Consulte apéndice 2.)

Demográficos Generales: Veintisiete trabajadores migrantes eligieron a participar en el estudio. Dos participantes eran chilenos de la Región de Tarapacá (I) y la Región de Coquimbo (IV), respectivamente. Doce participantes viajaban desde Perú y trece participantes viajaban desde Bolivia. De los veintisiete participantes, siete (25,9%) eran hombres y veinte (74,1%) eran mujeres. La distribución por edad estaba entre veinte y sesenta y seis años, con 85,2% de los participantes siendo menores de cuarenta y cinco años. Un participante optó por no compartir la edad. (Consulte figura 4.) Catorce participantes (51,9%) se identificaron como solteros, nueve participantes (33,3%) se identificaron como casados, dos participantes (7,4%) se identificaron como separados y dos participantes expresaron que sus estados civiles estaban fuera de las opciones previstas. Todos menos uno de los participantes (96,3%) habían realizado alguna forma de educación formal. Nueve (33,3%) completaron la educación primaria, trece (48,1%) completaron la educación secundaria y cuatro (14,8%) tuvieron estudios universitarios. Nadie había realizado educación continua o postgrado. (Consulte figura 5.)

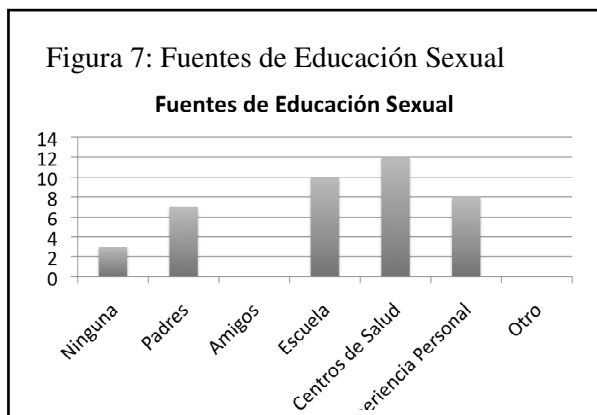


Hábitos del Trabajo: La mayoría de los trabajadores migrantes revelaron que pasan periodos de tiempo largos fuera de sus lugares de residencia. Cinco participantes (18,5%) trabajaban fuera de casa en promedio una semana por mes, cuatro participantes (14,8%) trabajaban fuera de casa dos semanas por mes, cuatro participantes (14,8%) trabajaban fuera de casa tres semanas por mes y catorce participantes (51,9%) trabajaban fuera de casa cuatro semanas por mes. (Consulte figura 6.) Todos excepto uno de los participantes (96,3%) viajaban por bus entre sus lugares de residencia y Arica. Un participante chileno



empleaba un coche como su medio de transporte.

Salud Sexual: Los participantes recibían la educación sexual de varias fuentes, incluyendo los

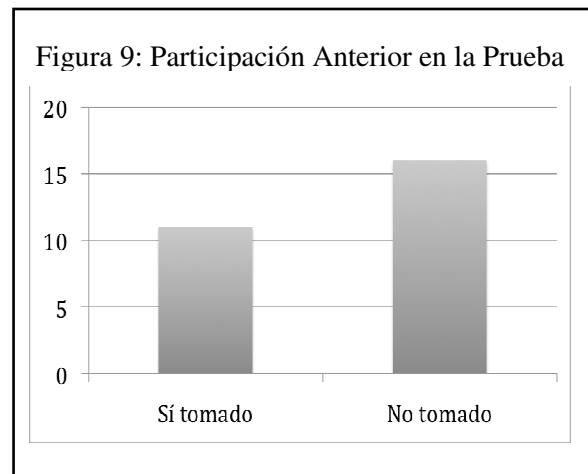
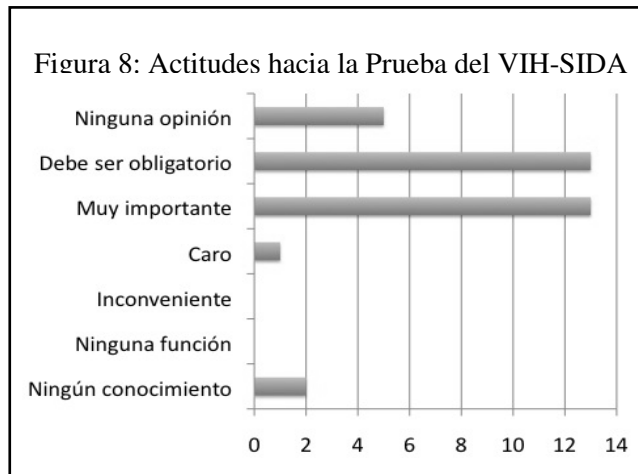


padres (7 participantes), las escuelas (10 participantes), los centros de salud (12 participantes) y la experiencia personal (8 participantes). Tres participantes comunicaron que nunca habían recibido ninguna educación sexual. (Consulte figura 7.) Un gran número de participantes expresaron que era muy probable que usaran un condón (masculino o femenino) durante una relación sexual. Siete participantes (26,9%) declararon que no era probable

que utilizaran un método de protección, dieciocho participantes (69,2%) dijeron que era probable, un participante no sabía y un participante optó por no responder. En el último año, trece participantes (48,1%) tuvieron una relación sexual sin un condón y catorce participantes (51,9%) tuvieron relaciones sexuales con condón. Note que de los dieciocho (69,2%) participantes que respondieron que era probable que utilizaran un condón durante una relación sexual, once (61,1%) también confirmaron que habían tenido una relación sexual sin el uso de un condón en el último año. En el último año, nueve participantes (33,3%) tuvieron alguna relación sexual con alguien que no fuera la pareja estable y dieciocho participantes (66,7%) no tenían una relación sexual con alguien que no fuera su pareja estable. Existía poca familiaridad sobre usuarios de los servicios sexuales y hombres que tienen sexo con hombres (HSH). Veintidós participantes (81,5%) no usaban, y no conocían otros que usaban, servicios del sexo como la prostitución. Cinco participantes (18,5%) los usaban o conocían a alguien que los usaba. Veintiún participantes (77,7%) no conocían a ningún hombre que tenía sexo con otros hombres. Seis participantes (22,2%) conocían a algún hombre que tenía sexo con hombres.

VIH-SIDA: El riesgo percibido por contraer el VIH-SIDA variaba. Parecía que algunos participantes contestaron considerando su riesgo general como un frecuentador de Arica mientras que otros contestaron considerando sólo sus propios hábitos individuales. Diez participantes (37,0%) sentían que su riesgo por contraer la enfermedad era bajo. Once (40,7%) sentían que su riesgo era alto y los seis restantes (22,2%) no sabían. La mayoría de los participantes tenían una actitud positiva hacia la prueba del VIH-SIDA. La respuesta “es un examen muy importante” fue seleccionada por trece participantes, como también fue la respuesta “debe ser obligatorio.” Cinco participantes no tenían una opinión sobre la prueba, dos participantes no tenían ningún conocimiento sobre la prueba y un participante expresó que “es un examen caro.” (Consulte la figura 8.) Note que de los diecinueve participantes que respondieron que la prueba del VIH-SIDA “es un examen muy importante” y/o “debe ser obligatorio,” nueve (47,4%) también

respondieron que nunca la habían tomado. En total, once participantes (40,7%) habían tomado una prueba del VIH-SIDA en el pasado y dieciséis participantes (59,3%) no habían tomado una prueba del VIH-SIDA en el pasado. (Consulte la figura 9.)



Interés General: Existía un alto nivel de interés en la educación sexual. De los veintisiete participantes en el estudio, veinticuatro (88,9%) respondieron que les gustaría recibir más información sobre la salud sexual general en el futuro. Veinticinco (92,6%) respondieron que les gustaría recibir más información sobre el VIH-SIDA en el futuro.

Conclusión abierta: Siete participantes (25,9%) eligieron extender la discusión y añadir comentarios adicionales. De esos siete, tres participantes hablaron de la importancia de la salud y la necesidad para estar libre de enfermedad, tres participantes expresaron que debe haber más diálogo sobre la salud sexual con los niños -- especialmente dentro de las escuelas, dos participantes discutieron la falta de conocimiento a causa del carácter cerrado del tema y un participante mencionó una exotización percibida del VIH-SIDA.

Discusión

Los demográficos generales de la muestra de población corresponden con la población extranjera conocida en que la mayoría son mujeres y tienen menos de cuarenta y cinco años. En el contexto de una intervención preventiva, un fuerte énfasis en el uso del condón dentro de estos demográficos no sería el enfoque más eficaz. Las mujeres a menudo poseen menos autoridad que los hombres sobre el uso de protección durante las relaciones sexuales debido a desigualdades del género. Ésta es una consideración particularmente importante dentro de una comunidad como Arica, con una cultura machista bastante definida. Además, los individuos entre las edades de dieciocho y cuarenta y cinco años están en la cumbre de producción como humanos. Esta productividad refiere tanto al trabajo y a la reproducción. Una intervención preventiva con un énfasis en el uso del condón es importante, pero enfocar solamente en el uso del condón no tendría éxito porque el uso del condón se contradice con la planificación familiar. Y de hecho, la mayoría de las mujeres participantes del estudio estuvieron con sus hijos al punto de su participación activa.

La mayoría de los participantes trabajaban fuera de casa con frecuencia; 67% comunicaron que trabajaban fuera de casa más de dos semanas cada mes. Esta estadística indica que los programas de prevención necesitan intentar captar los trabajadores migrantes en su lugar del trabajo (Arica). Dado que todos excepto uno de los participantes viajaban por bus, los terminales de buses podrían proveer lugares ideales para realizar las intervenciones.

Como se discutió anteriormente, un gran número de participantes (18 o 69,2%) expresaron que era muy probable que usaran un condón (masculino o femenino) durante una relación sexual. Sin embargo, de estos dieciocho participantes que respondieron que era probable que usaran un condón durante una relación sexual, once (61,1%) también confirmaron que en el último año habían tenido una relación sexual sin el uso del condón. La contradicción aparente sugiere una desconexión entre las comprensiones intelectuales y los comportamientos realizados con relación a la salud sexual.

Esta misma contradicción entre las comprensiones intelectuales y los comportamientos realizados apareció de nuevo en relación a la prueba del VIH-SIDA. De los diecinueve participantes que respondieron que la prueba del VIH-SIDA “es un examen muy importante” y/o “debe ser obligatorio,” nueve (47,4%) también respondieron que nunca la habían tomado. Menos de la mitad de los participantes había tomado una prueba del VIH-SIDA en el pasado y de los que habían tomado la prueba en el pasado, la mayoría lo hacía durante el embarazo. Es evidente que una intervención preventiva dentro de la población de los trabajadores migrantes en Arica, Chile debe incluir un fuerte énfasis en la prueba del VIH-SIDA -- debe discutir sus beneficios y más que todo, debe asegurar el acceso.

Veinticuatro participantes (88,9%) expresaron un interés en recibir más información sobre la salud sexual en el futuro y veinticinco participantes (92,6%) expresaron un interés en recibir más información sobre VIH-SIDA en el futuro. Este gran nivel del interés sugiere que los trabajadores migrantes están abiertos a aprender sobre este tema de salud (así como otros). Además, insinúa que la realización de una intervención preventiva sería realística y bien recibida.

Tres participantes nunca habían recibido educación sexual. Los que habían recibido la educación sexual, la habían recibido de varias fuentes: siete de los padres, diez de las escuelas, doce de los centros de salud y ocho de la experiencia personal. Sin embargo, de los tres participantes que ofrecieron comentarios adicionales sobre la propagación de la educación sexual, todos recomendaron proveer la educación sexual dentro de las escuelas a los niños. Las escuelas deben proveer la educación sexual y los recursos de salud, pero las escuelas por sí solas no serían suficientes como fuentes de la educación sexual. En este estudio, diez de veintisiete participantes (37,0%) no asistían a la escuela de nivel secundario. Si las escuelas fueran la fuente principal de la educación sexual, la información apropiada no alcanzaría a una porción significativa de la población, especialmente durante la edad crítica en que la actividad sexual generalmente comienza. Además de las escuelas y los centros de salud, los padres deben proveer la educación sexual y promover diálogos abiertos. Hoy en día, la salud sexual y el VIH-SIDA en Arica son temas cerrados -- temas tabú que son discutidos con poca frecuencia. Los padres, como reguladores de la dinámica social dentro de una familia, pueden romper este silencio. Por esta razón una intervención preventiva contra el VIH-SIDA debe enseñar a los padres cómo hablar de manera erudita sobre la salud sexual con sus hijos.

Dentro de la población de los trabajadores migrantes, es importante considerar la exotización potencial de la enfermedad. Es decir, la manera en que los ariqueños perciben el VIH-SIDA como una enfermedad que viene del otro y la discriminación que acompaña esta clasificación. Esta es de particular importancia porque el origen del VIH-SIDA en Chile era externo. El primer caso del VIH-SIDA en Chile en 1984 “correspondió a una persona que adquirió la infección fuera del país” (Gobierno de Chile, Ministerio de Salud, *Vig. Epi. VIH/SIDA*, 2010). Uno de los participantes en este estudio eligió discutir este fenómeno. Una intervención debe incluir un componente de empoderamiento en que los factores de riesgo estructural y social son dirigidos.

Dado los resultados de este estudio, una intervención preventiva para los trabajadores migrantes de Arica, Chile debe consistir en lo siguiente:

1. Debe estar situado en los terminales internacionales de los buses.

En este estudio, todos excepto uno de los participantes viajaban entre su lugar de residencia y Arica por bus. Sería posible alcanzar a la gran mayoría de los trabajadores migrantes por realizar la intervención en el lugar en que ellos ya frecuentan -- el terminal de buses.

2. Debe ser dirigido por miembros de la comunidad, quizás por una alianza entre trabajadores migrantes que se ofrezcan de voluntarios, unos profesionales de salud y la agrupación de migrantes.

Estudios anteriores han mostrado que es más probable que los individuos cambiaran su comportamiento si perciben que sus pares también están entregados al cambio conductual (Campbell, 1997). También, los miembros de la comunidad pueden contribuir a una perspectiva personalizada porque entienden mejor el contexto multifacético que rodea la población.

3. Debe ofrecer la educación sexual e indicar los recursos disponibles.

El conocimiento es el primer paso para alcanzar el cambio conductual. Además, los trabajadores migrantes en Arica son receptivos a recibir (más) educación sexual.

Hay recursos y servicios de salud sexual que ya existen en Arica, pero las tasas bajas de las pruebas de VIH-SIDA en este estudio sugieren que los trabajadores migrantes eligen no usarlos o no se dan cuenta de que existen.

4. Debe fomentar la fidelidad.

En este estudio, nueve participantes (33,3%) tuvieron una relación sexual en el último año con alguien que no fuera su pareja estable. El aumento de la proporción de las relaciones comprometidas y monógamas disminuiría considerablemente la propagación del VIH-SIDA.

5. Debe ofrecer la prueba del VIH-SIDA en sitio.

La mayoría de los participantes reconocía el valor de la prueba del VIH-SIDA y la importancia de conocer su estado de salud. Sin embargo, la mayoría también no había tomado la prueba. Esta contradicción sugiere una falta de acceso al servicio de la prueba del VIH-SIDA.

6. Debe enseñar a los padres cómo discutir y compartir la educación sexual con los hijos.

En Arica, la salud sexual y el VIH-SIDA son temas cerrados, discutidos con poca frecuencia. Los padres deben empezar este diálogo. Ellos pueden funcionar como una fuente de educación valiosa porque están más presentes en las vidas de los jóvenes que los centros de salud, o incluso las escuelas.

7. Debe distribuir los condones gratuitamente.

El uso de los condones es la intervención biomédica más disponible y el acceso a los condones permite y fomenta el autocuidado (Barnett y Whiteside, 2002).

Limitaciones

Las limitaciones principales de esta investigación eran la vulnerabilidad de la población y la sensibilidad del tema. Se pidió a los participantes firmar un documento de consentimiento informado antes de completar el cuestionario. Algunos trabajadores expresaban incomodidad con firmar el documento a causa de consideraciones relativas a su situación legal. Además, algunas localidades no tenían ningún espacio privado donde aplicar los cuestionarios. Debido a la naturaleza delicada de las preguntas propuestas, es posible que esta falta de aislamiento disuadía participantes potenciales e influía respuestas dadas. Por cualquier razón, diecinueve trabajadores migrantes escogieron no ser participantes siguiendo una invitación.

Los resultados del estudio no son estadísticamente significativos. No son generalizables, tampoco. Los resultados y las tendencias solamente aplican a la población de los trabajadores migrantes en Arica, Chile durante el período indicado anteriormente.

Los cuestionarios fueron administrados por vía oral en español. Esta era una limitación solamente en el sentido de que el primer idioma de la investigadora es inglés. Es posible que algunas respuestas abiertas o comentarios adicionales fueran mal entendidos o mal interpretados debido a las barreras lingüísticas.

Conclusión

La epidemia del VIH-SIDA continúa con una prevalencia importante en los humanos a nivel mundial. La epidemia del VIH-SIDA en Chile ha crecido los últimos años en forma sostenida, particularmente en la región decimoquinta de Arica-Parinacota y a expensas de la población joven. Representa una preocupación de la salud pública en que ha generado “muerte, dolor y preocupación en la sociedad” (Arica y Parinacota: Gobierno Regional, 2011). Los trabajadores migrantes en la región de Arica-Parinacota, así como en el resto del mundo, constituyen una población particularmente vulnerable en el contexto de la enfermedad a causa de factores sociales, económicos, psicológicos e históricos que acompañan el estilo de vida migratorio.

Este estudio tenía el propósito de aprender e identificar los conocimientos y comportamientos sexuales de los trabajadores migrantes en Arica, Chile con la esperanza de conceptualizar una intervención preventiva contra el VIH-SIDA. Los resultados del estudio introducían algunos patrones comunes dentro de la población. Los trabajadores migrantes en Arica son peruanos o bolivianos. Además, la mayoría son mujeres y/o jóvenes. Los trabajadores migrantes en Arica viajan por bus y gastan grandes cantidades de tiempo fuera de casa. La mayoría reconocen la importancia del condón y de la prueba del VIH/SIDA en el contexto de la salud sexual, pero hay una desconexión entre el conocimiento y el comportamiento en su aplicación. Por último, los trabajadores migrantes en Arica les gustaría recibir más información sobre la salud sexual.

Los resultados del estudio demuestran que los trabajadores migrantes en Arica poseen muchos factores de riesgo de VIH-SIDA. Entre los períodos largos fuera de casa, las relaciones con parejas inestables, las relaciones sin protección y la falta de pruebas del VIH-SIDA, los trabajadores están en alto riesgo de contraer la enfermedad.

En conclusión, una intervención preventiva de salud para esta población sería beneficiosa. Además, la intervención sería más eficaz si es centrada en los componentes ya mencionados anteriormente: (1) Estar situado en los terminales internacionales de buses; (2) Ser dirigido por miembros de las comunidades respectivas de residencia, particularmente los que son en sí mismos trabajadores migrantes; (3) Ofrecer la educación sexual e indicar los recursos disponibles; (4) Fomentar la fidelidad; (5) Ofrecer la prueba del VIH-SIDA en sitio; (6) Enseñar a los padres cómo discutir y compartir la educación sexual con los hijos y (7) Distribuir los condones gratuitamente.

Recomendaciones

El cuestionario identificaban el estado civil de los participantes, pero no contenía preguntas sobre la estructura familiar o los hijos existentes. Durante la reclusión de los participantes y la administración de los cuestionarios fue evidente que un gran número de las trabajadoras migrantes ya tuvieron hijos. Investigaciones futuras beneficiarían de un conocimiento de las tendencias relacionadas a las situaciones familiares de los trabajadores en que la planificación familiar (o la falta de la planificación familiar) afectan las decisiones sobre el uso de protección y, por consiguiente, la transmisión de las infecciones de transmisión sexual (ITS) como el VIH-SIDA. También, un conocimiento de este tema revelaría más información sobre la existencia de ciertas tensiones económicas, sociales y psicológicas que aumentan el riesgo de contraer la enfermedad.

Otra consideración es el tipo del trabajo en que los migrantes participan. Este estudio incluía trabajadores agrícolas, trabajadores domésticos y trabajadores sexuales en forma agregada, pero sería útil en investigaciones futuras para diferenciar entre los conocimientos y comportamientos de cada oficio. Esta diferenciación permitiría intervenciones más específicas y personalizadas que las permitidas por este estudio.

Por último, sería útil en investigaciones futuras para examinar en más detalle el éxito de intervenciones, políticas y campañas existentes y/o pasadas realizadas en Chile. Ejemplos de estas actividades incluyen, la Política Pública Multisectorial de Respuesta al VIH, el SIDA y las ITS de la Región de Arica y Parinacota, Período 2011-2015, una serie de metas y objetivos hecho por el gobierno regional de Arica y Parinacota para combatir el VIH-SIDA (Arica y Parinacota: Gobierno Regional, 2011); Caminos Seguros, Puertos Seguros, un proyecto por el equipo conjunto de las Naciones Unidas que intenta a captar los camioneros de larga distancia y los trabajadores portuarios (Arica y Parinacota: Gobierno Regional, 2011); y las tres campañas de anuncios públicos y preventivos sobre el VIH-SIDA construidas por el gobierno de Chile entre los años 1991 y 1995 (Miller, 2011). Esta evaluación de intervenciones, políticas y campañas realizadas facilitaría en la reformulación de otras intervenciones efectivas.

Bibliografía

- Arica y Parinacota: Gobierno Regional. *Política Pública Multisectorial de Respuesta al VIH, el SIDA y las ITS de la Región de Arica y Parinacota, Período 2011-2015*. 2011.
- Barnett, Tony, and Alan Whiteside. "The Disease and its Epidemiology." *AIDS in the Twenty-First Century: Disease and Globalization*. New York: Palgrave, 2002. 24-62.
- Campbell, Catherine. "Migrancy, Masculine Identities and AIDS: The Psychosocial Contexto of HIV Transmission on the South African Gold Mines." *Soc. Sci. Med.* 2(45): 1997, 273-281.
- Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC). "Información Básica sobre el VIH y el SIDA." 19 March 2012. 19 May 2012. <<www.cdc.gov/hiv/spanish/topics/Basic/index.htm>>.
- Gobierno de Chile, Ministerio de Salud. *Evolución de la Gestión Gubernamental desde 1990: Desarrollo del Fenómeno de las Migraciones en Chile*. 1-8.
- Gobierno de Chile, Ministerio de Salud. *Vigilancia Epidemiológica de VIH/SIDA*. Santiago, 2010. 1-27.
- Gobierno de Chile, Ministerio de Salud: Comisión Nacional del SIDA (CONASIDA). *Guía de Actividades Educativas para Jóvenes en Educación Superior*. Santiago, 1995. 58-62.
- González, Pedro H. "Perfil de la Migración Limítrofe en Chile: Descripción y Análisis de la Inmigración Peruana y Boliviana." By Organización Internacional para las Migraciones (OIM). Santiago, 1997. 4-14.
- Koop, Everett C. "The Early Days of AIDS, as I Remember Them." *Annals of the Forum for Collaborative HIV Research*. 13(2): 2011. 5-10. 17 May 2012.
- Miller, Meredith. "Prevención de VIH/SIDA y los Efectos de Discriminación." *SIT Chile: Salud Pública, Medicina Tradicional y Empoderamiento Comunitario ISP*. Arica, 2011.
- Organización Panamericana de la Salud. "Estadísticas VIH/SIDA: Datos de Bolivia 1984-2003." *Infecciones de Transmisión Sexual: ITS - VIH-SIDA*. 2005. 2 June 2012. <<<http://www.ops.org.bo/its-vih-sida/?TE=20040628161715>>>.
- Pacheco, Cristián. "Día del Inmigrante: 'Chile es un País Abiertamente Discriminatorio y Racista.'" *Radio.uchile.cl*. 18 December 2011. 21 May 2012. <<<http://radio.uchile.cl/noticias/134338/>>>.
- Parker, Richard D., Delia Easton, and Charles H Klein. "Structural Barriers and Facilitators in HIV Prevention: A Review of International Research." *AIDS. Suppl.* 1(14). Santiago: Lippincott Williams & Wilkins, 2000. S22-S32.
- Sistema de las Naciones Unidas (ONU). "Lucha Contra el VIH/SIDA." *Sistema de las Naciones Unidas en el Perú*. 2011. 2 June 2012. <<<http://www.onu.org.pe/Publico/infocus/luchacontrasida.aspx>>>.

Testa, Rossana. “Políticas de Pesquisa y Tratamientos en Infecciones de Transmisión Sexual y VIH/SIDA.” *Libro de Seminarios Académicos*. Arica, 2012. 207-221.

Apéndice

1. Conocimientos y conductas sexuales en trabajadores migrantes (Arica, Chile): Consentimiento Informado y Cuestionario

Consentimiento Informado

Descripción y Propósito del Proyecto:

Usted ha sido invitado a participar en un estudio de investigación. El objetivo de este estudio es identificar los factores principales que afectan el comportamiento sexual - específicamente el uso de los métodos de protección - dentro de la población de trabajadores migrantes en Arica, Chile. Además, conceptualizar una intervención preventiva contra la propagación del VIH/SIDA en esta población. El propósito de este estudio es también enseñar a los estudiantes la planificación, diseño y ejecución de un estudio y la redacción de un informe completo.

Si usted está de acuerdo con este estudio, se le pedirá responder a preguntas que ayudarán a la investigadora a lograr los objetivos de este estudio. Sus respuestas a este cuestionario serán recogidas por la investigadora en la forma de tomar notas y/o grabación de audio, si usted lo autoriza. Todas las notas de las entrevistas y grabaciones serán utilizadas exclusivamente para los fines de este estudio. Este cuestionario tendrá una duración de aproximadamente treinta minutos, dependiendo de sus respuestas.

Evaluación de Riesgos y Beneficios:

Este estudio está diseñado para representar un riesgo mínimo para sus participantes. Las preguntas están diseñadas para no requerir divulgar cualquier información que pueda ser perjudicial para usted.

Los Investigadores Principales:

La investigadora principal es Anna Conley, una estudiante de la Universidad de Washington en San Luis y una estudiante con SIT Chile: Salud Pública, Medicina Tradicional y Empoderamiento Comunitario. Ella puede ser contactada por correo electrónico a atconley@wustl.edu. Además, si desea ponerse en contacto con SIT, puede hacerlo poniéndose en contacto con la Directora Académica del programa en Chile, Rossana Testa, a 56-09-988 572 24 o a su e-mail: rossana.testa@sit.edu.

Participación Voluntaria:

Usted debe tener 18 años para poder participar en este estudio. Su participación en este proyecto es voluntaria y usted es libre de retirar su consentimiento y discontinuar su participación en el proyecto en cualquier momento sin penalización. No es necesario responder a cualquier pregunta que usted no desea responder.

Uso de la Información y los Datos Recogidos:

La información recopilada en este estudio se utilizará en forma agregada. Los datos serán utilizados para escribir un informe de clase. Habrá tres copias del documento: una para el investigador principal para mantener, una para la biblioteca SIT Chile y una para ser enviado al asesor en el país y/o para la organización involucrada. Una presentación oral resumiendo los hallazgos será presentado a una comisión académica de SIT Chile y a los otros estudiantes que participan en SIT Chile.

Confidencialidad de los Expedientes:

Sus resultados individuales serán confidenciales. Sólo los resultados agregados se informarán en un reporte que forma parte del curso de Estudio Independiente a través de SIT Chile.

Información sobre los Derechos del Participante:

Si usted tiene alguna pregunta sobre sus derechos como un participante, puede comunicarse con la Directora Académica del programa en Chile, Rossana Testa, a 56-58-252755 o rossana.testa@sit.edu.

El Consentimiento del Participante:

El estudio se ha descrito a mí y entiendo que mi participación es voluntaria y que puede terminar mi participación en cualquier momento. Yo entiendo que mis respuestas se utilizarán como se describe. Al participar, doy fe de que soy mayor de 18 años y que doy mi consentimiento para participar en este estudio.

Firma del Participante: _____

Fecha: _____

Nombre/Firma del Investigador Testigo (Anna Conley): _____

Cuestionario:

Buenos días. Me llamo Anna Conley. Soy estudiante de salud pública de los Estados Unidos, y estoy realizando un programa de intercambio acá en Arica que se llama SIT Chile: Salud Pública, Medicina Tradicional y Empoderamiento Comunitario.

Esta encuesta es parte de un estudio que estoy realizando sobre los comportamientos sexuales que existen dentro de la población de los trabajadores migrantes en Arica, Chile. El propósito de esta encuesta es identificar la información necesaria para conceptualizar una intervención preventiva y primaria contra el VIH-SIDA.

La encuesta consiste en veinte preguntas (tomará 20 minutos aproximadamente). No tiene una segunda parte. Las respuestas son anónimas y la exposición de los resultados no incluirá ninguna información identificable. Aún así, no es necesario responder ninguna pregunta si no sabe o si no quiere compartir la respuesta. Además, puede terminar su participación en cualquier momento del estudio.

Muchas gracias por su tiempo y por su colaboración.

Demográficos Generales:

1. Nombre: _____
2. La fecha de nacimiento (Día/Mes/Año): ____/____/____
3. El género:
 - ☐ Hombre
 - ☐ Mujer
 - ☐ Otro
4. País de residencia (Nacionalidad)
 - ☐ Chile
 - ☐ Perú
 - ☐ Bolivia
 - ☐ Otro
5. El estado civil:
 - ☐ Soltero/a
 - ☐ Casado/a
 - ☐ Unión civil
 - ☐ Viudo/a
 - ☐ Divorciado/a
 - ☐ Separado/a

- ☐ Otro
6. El nivel de educación realizada
- ☐ No tengo educación formal
 - ☐ Educación primaria
 - ☐ Educación secundaria
 - ☐ Educación universitaria
 - ☐ Educación continua o de postgrado

Hábitos del Trabajo:

7. En promedio, ¿cuántos días pasa usted fuera de casa cada mes para el trabajo?
- ☐ 0-6
 - ☐ 7-13
 - ☐ 14-20
 - ☐ 21+
8. ¿Cómo viaja usted entre su lugar de residencia y su lugar del trabajo (Arica)?
- ☐ Por bus
 - ☐ Por camión
 - ☐ Por avión
 - ☐ Por coche
 - ☐ Otro

Salud Sexual:

9. ¿De dónde ha recibido usted la educación sexual?
- ☐ No he recibido ninguna educación sexual
 - ☐ De mi padre o de mi madre como niño/a
 - ☐ De amigos/as
 - ☐ De escuela
 - ☐ De los centros de salud
 - ☐ De experiencia personal
 - ☐ Otro
10. ¿Cuál es la probabilidad que usaría un método de protección (un condón masculino o femenino) durante una relación sexual?
- ☐ No es probable
 - ☐ Es probable
 - ☐ Otro
11. En el último año, ¿ha tenido usted una relación sexual con alguien que no sea su pareja estable?
- ☐ Sí
 - ☐ No
12. En el último año, ¿ha tenido usted una relación sexual sin el uso de protección (un condón masculino o femenino)?
- ☐ Sí
 - ☐ No
13. ¿Ha utilizado usted o conoce usted compañeros/as que han utilizado servicios del sexo, como la prostitución?
- ☐ Sí
 - ☐ No
14. ¿Conoce usted algún hombre que tiene sexo con hombres?
- ☐ Sí
 - ☐ No

VIH-SIDA:

15. En su opinión, ¿cuál es su nivel de riesgo para contraer el VIH-SIDA?

☐ Muy bajo

☐ Muy alto

☐ Otro

16. ¿Qué piensa o que opina usted sobre la prueba del VIH-SIDA?

☐ No sé nada sobre la prueba del VIH-SIDA

☐ No tiene función

☐ Es algo inconveniente

☐ Es un examen caro

☐ Es un examen muy importante

☐ Debe ser obligatorio

☐ No tengo una opinión

☐ Otro

17. ¿Ha tomado usted una prueba del VIH-SIDA en el pasado?

☐ Sí (Año): _____

☐ No

Interés General:

18. ¿Le gustaría a usted recibir más información sobre la educación sexual en el futuro?

☐ Sí

☐ No

19. ¿Le gustaría a usted recibir más información sobre el VIH-SIDA en el futuro?

☐ Sí

☐ No

Conclusión:

20. ¿Tiene usted algo que le gustaría incluir o añadir?

☐ Sí: _____

☐ No

2. Resultados Agregados (Porcentajes corresponden al número de respuestas recibidas.)

Tabla 1: Demográficos Generales

	Chilenos (2)	Peruanos (12)	Bolivianos (13)	Total (27)
Edad:				
18-25	0 (0,0%)	2 (7,7%)	5 (19,2%)	7 (26,9%)
26-35	0 (0,0%)	6 (23,1%)	4 (15,4%)	10 (38,5%)
36-45	0 (0,0%)	3 (11,5%)	3 (11,5%)	6 (23,1%)
46-55	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
56-65	1 (3,8%)	0 (0,0%)	1 (3,8%)	2 (7,7%)
65+	1 (3,8%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (3,8%)
No hay respuesta	0 (0,0%)	1 (3,8%)	0 (0,0%)	1 (3,8%)
Género:				
Varón	2 (7,4%)	4 (14,8%)	1 (3,7%)	7 (25,9%)

Mujer	0 (0,0%)	8 (29,6%)	12 (44,4%)	20 (74,1%)
Estado Civil:				
Soltero/a	1 (3,7%)	7 (25,9%)	6 (22,2%)	14 (51,9%)
Casado/a	1 (3,7%)	3 (11,1%)	5 (18,5%)	9 (33,3%)
Unión civil	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
Viudo/a	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
Divorciado/a	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
Separado/a	0 (0,0%)	1 (3,7%)	1 (3,7%)	2 (7,4%)
Otro	0 (0,0%)	1 (3,7%)	1 (3,7%)	2 (7,4%)
Nivel de Educación Realizada				
Ninguna educación formal	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (3,7%)	1 (3,7%)
Educación primaria	0 (0,0%)	2 (7,4%)	7 (25,9%)	9 (33,3%)
Educación secundaria	2 (7,4%)	6 (22,2%)	5 (18,5%)	13 (48,1%)
Educación universitaria	0 (0,0%)	4 (14,8%)	0 (0,0%)	4 (14,8%)
Educación continua o postgrado	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)

Tabla 2: Hábitos del Trabajo

	Chilenos (2)	Peruanos (12)	Bolivianos (13)	Total (27)
Días Pasados Fuera de Casa:				
0-6	0 (0,0%)	3 (11,1%)	2 (7,4%)	5 (18,5%)
7-13	0 (0,0%)	1 (3,7%)	3 (11,1%)	4 (14,8%)
14-20	0 (0,0%)	3 (11,1%)	1 (3,7%)	4 (14,8%)
21+	2 (7,4%)	5 (18,5%)	7 (25,9%)	14 (51,9%)
Medios de Transporte:				
Por bus	1 (3,7%)	12 (44,4%)	13 (48,8%)	26 (96,3%)
Por avión	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
Por camión	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
Por coche	1 (3,7%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (3,7%)
Otro	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)

Tabla 3: Salud Sexual
(*Refiere al año pasado)

	Chilenos (2)	Peruanos (12)	Bolivianos (13)	Total (27)
Fuentes de educación sexual:				
Ninguna educación recibida	0 (0,0%)	2 (5,0%)	1 (2,5%)	3 (7,5%)
De padres como niño/a	0 (0,0%)	2 (5,0%)	5 (12,5%)	7 (17,5%)
De amigos/as	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
De escuela	0 (0,0%)	6 (15,0%)	4 (10,0%)	10 (25,0%)
De los centros de salud	0 (0,0%)	5 (12,5%)	7 (17,5%)	12 (30,0%)
De experiencia personal	2 (5,0%)	1 (2,5%)	5 (12,5%)	8 (20,0%)
Otro	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
Probabilidad del uso del condón:				
No es probable	1 (3,8%)	1 (3,8%)	5 (19,2%)	7 (26,9%)
Es muy probable	1 (3,8%)	10 (38,5%)	7 (26,9%)	18 (69,2%)
Otro	0 (0,0%)	1 (3,8%)	0 (0,0%)	1 (3,8%)
No hay respuesta	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (3,8%)	1 (3,8%)
Relación sexual con alguien que no sea la pareja estable*				
Sí	1 (3,7%)	7 (25,9%)	1 (3,7%)	9 (33,3%)
No	1 (3,7%)	5 (18,5%)	12 (44,4%)	18 (66,6%)

Relación sexual sin condón*				
Sí	1 (3,7%)	9 (33,3%)	3 (11,1%)	13 (48,1%)
No	1 (3,7%)	3 (11,1%)	10 (37,0%)	14 (51,9%)
Familiaridad con los servicios del sexo (la prostitución)				
Sí	0 (0,0%)	5 (18,5%)	0 (0,0%)	5 (18,5%)
No	2 (7,4%)	7 (25,9%)	13 (48,1%)	22 (81,5%)
Familiaridad con hombres que tienen sexo con hombres (HSH)				
Sí	0 (0,0%)	6 (22,2%)	0 (0,0%)	6 (22,2%)
No	2 (7,4%)	6 (22,2%)	13 (48,1%)	21 (77,7%)

Tabla 4: VIH-SIDA

	Chilenos (2)	Peruanos (12)	Bolivianos (13)	Total (27)
Riesgo percibido por contraer la enfermedad:				
Bajo	0 (0,0%)	4 (14,8%)	6 (22,2%)	10 (37,0%)
Alto	2 (7,4%)	6 (22,2%)	3 (11,1%)	11 (40,7%)
Otro	0 (0,0%)	2 (7,4%)	4 (14,8%)	6 (22,2%)
Actitudes hacia la prueba:				
Ningún conocimiento de la prueba	0 (0,0%)	0 (0,0%)	2 (5,9%)	2 (5,9%)
No tiene función	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
Es algo inconveniente	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
Es un examen caro	0 (0,0%)	1 (2,9%)	0 (0,0%)	1 (2,9%)
Es un examen muy importante	0 (0,0%)	9 (26,5%)	4 (11,8%)	13 (38,2%)
Debe ser obligatorio	1 (2,9%)	7 (20,6%)	5 (14,7%)	13 (38,2%)
Ninguna opinión	1 (2,9%)	1 (2,9%)	3 (8,8%)	5 (14,7%)
Otro	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
Uso personal de la prueba:				
Sí tomado	0 (0,0%)	6 (22,2%)	5 (18,5%)	11 (40,7%)
No tomado	2 (7,4%)	6 (22,2%)	8 (29,6%)	16 (59,3%)

Tabla 5: Interés General

	Chilenos (2)	Peruanos (12)	Bolivianos (13)	Total (27)
Interés en recibir información de salud sexual:				
Sí	1 (3,7%)	12 (44,4%)	10 (37,0%)	24 (88,9%)
No	1 (3,7%)	0 (0,0%)	2 (7,4%)	3 (11,1%)
Interés en recibir información del VIH-SIDA:				
Sí	1 (3,7%)	12 (44,4%)	11 (40,7%)	25 (92,6%)
No	1 (3,7%)	0 (0,0%)	1 (3,7%)	2 (7,4%)